

Поль РІКЕР

БІОЕТИКА І МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ

Доктор Луї Рене, колишній президент Академії медиків у Франції, член Національного консультативного Комітету з етики, навесні 1996 року — всього за кілька тижнів до смерті — дописав свій «Критичний коментар» до «Нового Кодексу деонтології». Передаючи його до видавництва, він висловив побажання, щоб я написав до нього передмову. Він знав, що я цікавлюся медичною етикою тією ж мірою, що й етикою служителів правосуддя. Я зобов'язаний йому рясною інформацією, спостереженнями й порадами, і тепер моя черга засвідчити йому свою вдячність.

Я не бажав би обмежитися підкресленням беззаперечної педагогічної цінності книги, яка крок за кроком, стаття за статтею простежує Кодекс й витягає з нього у належні моменти, на користь читачам, далеким від медичних професій, очевидну або приховану філософію. Оскільки й мови бути не може про те, щоб я дублював авторський коментар іншим надлишковим тлумаченням, гадаю, буде кориснішим задуматися про місце цього Кодексу в архітектурі медичної етики, якщо її роздивитись як цілісну побудову.

Кодекс деонтології за своєю суттю є кодексом однієї з професій — а саме медичної; тому він говорить про обов'язки лікарів перед пацієнтами, колегами й працівниками охорони здоров'я, у рамках законів Французької республіки, що містяться в Кодексі охорони здоров'я. Цей статус професійного кодексу потребує вивчення. Саме його відношення до спеціальності (*metier*), на мій погляд, розташовує його посередині між мораллю розсудливості, переданої віковими традиціями й збагаченої теперішнім досвідом, й мораллю деонтології, що має у своєму розпорядженні різноманітні критичні функції, які перевершують просте завдання щодо кодифікації настанов медичної практики. Цю обмінну роль між планом розсудливості й планом деонтології в медичній етиці я й маю намір прояснити й обґрунтувати.

Навіщо треба передбачати наявність розсудливого судження раніше, ніж закінчено роботу з кодифікації правил, що містяться в тексті Асоціації лікарів? Говорячи про розсудливість (*prudence*), я посилаюсь на середньовічну та римську чесноту — *prudencia*.

термін, яким перекладали грецьке *phronesis*, улюблене поняття трагічних поетів та грецьких філософів на чолі з Арістотелем. До чого ж належить чеснота розсудливості? По суті — до рішень, що приймаються в одиничних ситуаціях. Це найвищою мірою стосується медичної практики, де індивідуальність пацієнта й індивідуальність лікаря втягнуті в міжособистісні відносини. Підемо далі: якщо будь-яка практика, за Арістотелем, має справу з приватним, тоді як наука має справу із загальним, це є особливо вірним у ситуації, коли втручається медичне ремесло, тобто тоді, коли людина зазнає страждань, а страждання, як і насолода, то є останній притулок одиничного («сингулярного»). На цьому, крім іншого, зазначимо мимохідь, і ґрунтується внутрішнє розмежування в біоетиці між тією її гілкою, яка зорієнтована на клініку, й тією, що зорієнтована на біомедичні дослідження (далі мова піде про їхній взаємовплив).

Яким же є етичне ядро цієї одиничної зустрічі? Саме угода про довіру (*le pacte de confidentialite*) пов'язує одне із одним конкретного пацієнта й конкретного лікаря. На цьому рівні розсудливості мова йде ще не про договір та медичну таємницю, але про угоду, засновану на довірі. А така угода є відправною точкою для своєрідного процесу. Спочатку глибокий рів, визнана дисиметрія між двома протагоністами: між тим, хто знає й вміє діяти, і тим, хто потерпає від страждання. Цей рів засипано, й умови зрівняно за допомогою цілої низки кроків, що виходять з двох полюсів відносин. Пацієнт — даний пацієнт — «підносить до рівня мови» свій біль, промовляючи його як скаргу, що містить у собі описовий складник (вплетений у певні історії); у свою чергу, скарга уточнюється в проханні: проханні про щось... (про вилікування й, чому б ні, про здоров'я, а на задньому плані — про безсмертя), проханні до когось... адресованому як заклик до цього лікаря; до цього прохання долучається обіцянка дотримуватися пропонованого курсу лікування, як тільки його буде вибрано. Перебуваючи на іншому полюсі, лікар проходить іншу половину шляху зрівнювання умов (таким зрівнюванням Токвіль визначав дух демократії), минаючи послідовні стадії прийняття до своєї клієнтури, формулювання діагнозу, й нарешті, припису. Такими є канонічні фази встановлюваної угоди про лікування, й ця угода, пов'язуючи обидві особи, долає відправну дисиметрію зустрічі. Дієвість угоди мусить іще пройти випробування з обох боків рішучістю лікаря слідувати за своїм пацієнтом й рішучістю пацієнта «поводитись» як дієва особа приписаного лікування. Відтак угода про лікування стає певним союзом, укладеним між двома особами

проти спільного ворога — хвороби. Згода зобов'язана своїм моральним характером обіцянці обох протагоністів вірно виконувати взаємні зобов'язання. Ця негласна обіцянка є визначальною для розсудливого підґрунтя морального судження, включеного до вимовлюваного акту обіцянки.

Назвати розсудливим рівень морального зобов'язання, пов'язаного з угодою про лікування, — це означає віддати його на примху доброзичливості. Як будь-яке мистецтво, практиковане в конкретних випадках, воно є плодом вивчення та досвіду. Так утворюються приписи — щоб поки що не говорити про норми, — котрі наставляють розсудливе судження на шлях судження деонтологічного. У якості першого припису практичної мудрості в медичному плані я розглядаю визнання особливого характеру лікування й передусім самого пацієнта. Ця особливість передбачає незамінність однієї особи іншою, що виключає, серед іншого, відтворення через клонування того самого індивіда; різноманітність людських особистостей лежить в основі того, що лікують не вид, не різновид, але кожного разу — унікальний екземпляр роду людського. Другий припис підкреслює неподільність особистості; нагляд здійснюється не за численними органами, але за хворим, взятим, якщо можна так висловитись, у цілісності; цей припис протистоїть фрагментації, яку нав'язує і різноманітність хвороб, і їх локалізація в тілі, і відповідна спеціалізація знань і компетенцій; протистоїть також іншому розділенню між біологічним, психологічним і соціальним. Третій припис додає до ідей незамінності й неподільності більш рефлексивну ідею — самоповагу. Цей припис говорить про щось більше, ніж обов'язок поваги до іншого; він прагне врівноважити однобічний характер поваги, яка йде від однієї особи до другої через визнання власної цінності цим другим. Інша річ — самоповага; ситуація лікування, особливо в лікарняних умовах, надмірно сприяє скочуванню хворого до залежного становища, а персонал, що його лікує, — до поведінки, яка травмує та принижує гідність хворого.

Кодекс медичної деонтології, змістовний коментар до якого нам дає доктор Луї Рене, розташовується, як я відзначив, на проміжному рівні між розсудливим судженням, яке виходить з лікарської практики, й моральними нормами, що виправдовують деонтологічну кваліфікацію Кодексу. Настав момент розглянути цей професійний кодекс «із висоти».

Деонтологічне судження виконує, у рамках самого Кодексу, подвійну функцію. Перша є очевидною й декларованою, друга ж за-

лишається неявною й потребує особливої праці — коментаря в дусі переконання та критики. Спостереження, які стосуються цієї другої функції, приводять нас до роздумів над межами самої кодифікації, спрямованої на регламентацію медичної професії.

Перша функція ясно заявлена в Кодексі; вона прагне підвести під егіду моральних норм універсального призначення ті приписи, котрі не виходять поза межі даної практики. Ця турбота про універсалізацію виражається в самій композиції Кодексу, котрий відкривається в розділі I «загальними обов'язками лікарів», відносячи до II розділу «обов'язки перед пацієнтами». Річ не в тім, що у розділі I йдеться не про відносини між лікарями та пацієнтами; але перш за все розділ I веде мову про виміри людської особистості у пацієнтах, залишаючи поза увагою суто терапевтичні аспекти медичного ставлення; тому у першому розділі мова йде більше про особистості, аніж про пацієнтів.

I лише у розділі II права пацієнтів стверджуються стосовно обов'язків лікарів. Другий розділ може тим самим забезпечити зв'язок між деонтологічним рівнем і розсудливим рівнем медичної моралі.

Наскільки є доречним вести мову про розпорядження розсудливості, застосовуючи словник грецьких вказівок щодо чеснот, близьких до ремесел, навичок, практик, — настільки ж мені видається доречним, говорячи про норми першого розділу, вдаватися до словника, позначеного кантіанською мораллю. З цієї точки зору, першою функцією норм є універсалізація розпоряджень, які Кант відносить до категорії максим дії, очікуючи випробування універсалізацією, яка здатна піднести їх до рангу імперативів. Якщо угода про довір'я й обіцянка виконати цю угоду становлять етичне ядро відносин, які пов'язують даного лікаря з даним пацієнтом, то піднесення такої угоди про довір'я у ранг норми становить деонтологічний момент Кодексу. Стверджується перш за все універсальний характер норми: вона пов'язує будь-якого лікаря з будь-яким пацієнтом, який вступає у відносини, спрямовані на вилікування. Ще більш фундаментальною є невинновість того, що норма набуває форми заборони — скажімо, заборони порушувати лікарську таємницю. На рівні розсудливості те, що було лише розпорядженням про конфіденційність, зберігало риси зближення, яке вибірково пов'язує двох людей; у цьому сенсі розпорядження ще можна було віднести до такої чесноти, як дружба. Під знаком же заборони норма виключає третіх осіб і, підводячи особисту залученість під правило справедливості, не на-

лежить більше до настанов дружби. Угода про лікування, про яку йшлося в плані розсудливості, тепер може бути виражена за допомогою словника договірних стосунків. Винятки, зрозуміло, належить розглянути (див. статтю 41); але й вони не повинні заперечувати правило: немає винятку без правила для винятку з правила. Професійна таємниця може бути «протиставлена» будь-якому колезі, який не бере участі в лікуванні, владі правосуддя, котра очікує й прагне добути свідчення від членів медичного персоналу, роботодавцям, яких цікавить медична інформація про тих, хто хоче влаштуватися до них на роботу, службам зондажного опитування, які шукають номінативну інформацію, функціонерам соціального страхування, яким закон не дає повноважень для доступу до медичних досьє.

Отже, головні диспозиції Кодексу стосовно розділу I можна зблизити з іншими статтями, котрі задовольняють критерії універсальності. Так, стаття 19 стверджує, що медицина не є комерцією. Чому? Тому, що пацієнт як особистість не є товаром, що б там не казали про грошову вартість лікування, котра впливає з договірної угоди й зачіпає соціальний вимір медицини. До тієї ж рубрики універсальності слід віднести статті, котрі встановлюють свободу припису з боку лікаря (стаття 8) і свободу обирати лікаря — з боку пацієнта (стаття 6). Ці статті характеризують не лише один із різновидів медицини — ліберальну медицину; вони утверджують базове розмежування між медичним договором і будь-яким іншим договором, що визначає обмін товарами.

Можна завершити цю частину згадкою про 9 статтю, котра поширює «загальні обов'язки лікарів» не лише на будь-якого пацієнта, але й на кожного хворого чи пораненого, якому загрожує небезпека. На цьому рівні деонтологічну спрямованість усіх специфічних правил Кодексу винесено на перший план; тут під сумнівом не більше не менше як сам категоричний імператив: «надати допомогу особі, якій загрожує небезпека». Тут кримінальний Кодекс (ст. 23-6 та 7) підтверджує універсальний характер деонтологічного правила. Таке утвердження заново категоричного імперативу не перешкоджає врахуванню граничних випадків, подібних до проблеми, поставленої через загрозу зараження хворими, які страждають на СНІД, своїх сексуальних партнерів. Межі професійної таємниці — такою є ставка у даному випадку; і слушний привід повторити, що можливі винятки з правила самі, у свою чергу підпадають під правило, яке, згідно з доктором Рене, повинно здійснюватися до торжествуючої інстанції закону.

Завдяки коментареві доктора Рене я інтерпретую розмежування, на перший погляд, малообґрунтоване, між «обов'язками лікарів» у розділі I й «обов'язками щодо пацієнтів» у розділі II, як звернення деонтологічного судження, що переважає в розділі I, у напрямку розсудливого судження, яке тільки передбачається угодою про лікування. Саме включення стосунків до суті медичного акту виводить тепер на перший план взаємність прав і обов'язків лікарів та прав і обов'язків пацієнтів. Доказом є те, що лише у другому розділі окреслено норми, які визначають права пацієнтів на інформацію про їхній стан здоров'я, тоді як професійна таємниця обумовлена в розділі I. Отож, питання про відому обом істину врівноважує питання про медичну таємницю, яка зобов'язує лише лікаря. Таємниця з одного боку, істина — з іншого. Вимовлена в деонтологічних поняттях, заборона порушувати професійну таємницю не може бути «протиставлена» пацієнту (див. коментар до ст. 4). Так зближено дві норми, які складають єдність договору, що стоїть у центрі деонтології; подібним чином взаємна довіра становила розсудливий засновок для угоди про лікування.

Тут теж обмеження входять до Кодексу, враховуючи також і здатність хворого зрозуміти, прийняти, засвоїти та, якщо так можна висловитися, розділити інформацію зі своїм лікарем. Відкриття істини, особливо якщо воно означає смертельний вирок, рівноцінно випробуванню ініціації, що включає травматичні епізоди, які торкаються розуміння самого себе й сукупності ставлення до інших. Увесь горизонт життя цілком перевертається.

Ці зауваження до II розділу Кодексу деонтології підтверджують обмінну роль, яку відіграє Кодекс між двома рівнями — деонтологічним і розсудливим — медичного судження та його етики.

Але я не хочу обмежувати Кодекс цією обмінною роллю. Вище я згадав про іншу функцію деонтологічного судження, котра не так відверто заявлена в самому Кодексі, ніж функція універсалізації, і я помітив, що її виконання ризикує вивести роздуми про медичну етику поза рамки Кодексу, якщо його завдання обмежується формулюванням професійної етики — етики медиків.

Медична етика має також критичну функцію другого порядку, котра лише почасти відображена у статтях Кодексу. Дана функція полягає в розгляді багатьох конфліктів, породжених самою медичною практикою. Але ж розгляд (*l'arbitrage*) конфліктів завжди становив критичний розділ будь-якої деонтології. Хочу тепер висловити суто особистий погляд: при уважному прочитанні Кодексу стає ясно, що

він прагне якщо не затушувати конфлікти, про котрі піде мова, то, принаймні, лише сформулювати низку компромісів, що походять із суперечок, які мають місце на різних рівнях серед медичного персоналу, у громадській думці та в суспільній владі. Написане у Кодексі — це часто-густо вже рішення, а не проблема.

Але ж конфлікти виникають на двох фронтах, де «гуманістична» орієнтація медичної практики сьогодні дедалі більше опиняється під загрозою.

Перший фронт — це той, де медична етика, спрямована на клініку (тільки її тут буде розглянуто), стикається з медичною етикою, спрямованою на дослідження. Взяті разом, обидві ці гілки складають те, що сьогодні зветься біоетикою (bioethics), котра містить в собі до того ж ще юридичний вимір (і це енергійно підкреслюють в англосаксонському середовищі), який відкриває поле для вироблення концепту біо-закон (bio-law). Я залишаю зовсім без уваги внутрішні контрверзи етики дослідження й суперечки, пов'язані з її відносинами з найвищою правовою інстанцією. Проте, всупереч різниці в їхньому спрямуванні — поліпшити лікування й (чи) посунути вперед науку — клініка й дослідження мають спільний кордон, вздовж якого потенційні конфлікти виникають неминуче. Розвиток медицини значною мірою залежить від розвитку біологічних і медичних наук, безпосередньо згаданих у заголовку Національного Комітету з етики. Вирішальною засадою тут є те, що людське тіло водночас є і плоттю живої особистості, і об'єктом наукового вивчення природи. Конфлікти виникають головним чином у тих чи тих дослідженнях людського тіла, де втручається експериментування, а ставкою є свідомо й добровільна участь пацієнтів; з цього погляду розвиток превентивної медицини посилив тиск об'єктиваційних технік на медицину, яка практикується як мистецтво. Тут може бути застосоване правило «обізнаної згоди» (consentement éclairé, informed consent) (див. статтю 15 і коментар до неї). Це правило передбачає, що пацієнта не лише інформують, але й залучають до добровільної участі в експерименті, хай навіть присвяченому лише дослідженню. Кожному відомі незліченні перешкоди, які заважають повністю дотримати цю норму; компромісні рішення коливаються між чесною спробою встановити межі лікарської влади (поняття, якого, зрозуміло, немає в Кодексі) й пересторогами, більш-менш відвертими, до яких удається медичний персонал, щоб захистити себе від правосудних дій пацієнтів-позивачів, які переконані у прихованому зловживанні або, що трапляється частіше, у випадках невдач,

що їх розлючені пацієнти, схильні плутати обов'язок лікувати (тобто засоби) з обов'язком вилікувати (тобто результатом), вважають професійними помилками (*mal-practice*). Відомо, до яких згубних наслідків призвело (розбірницьке) завзяття позивачів-пацієнтів у США: результатом їх стала підміна угоди про довіру — живого серця розсудливої етики — «угодою» («*pact*») підозри (*mistrust versus trust*).

Але не все є зіпсованим чи перекрученим у компромісах, до яких призводять неминучі конфліктні ситуації. Що, наприклад, сказати про граничний випадок, викликаний превентивною медициною, *double blind* (подвійна сліпота, *double aveugle*), коли інформації позбавлено не лише пацієнта, але й дослідника-експериментатора? І як тепер бути з «обізнаною згодою»? В цій точці арбітражна функція деонтології набуває рис не лише юриспруденції, але й казуїстики...

Другий фронт простує за непостійною лінією поділу між турботою про особистий добробут пацієнта — вона вважається наріжним каменем ліберальної медицини — й урахуванням громадської охорони здоров'я. «Лікар, — говорить у 2-й статті, — перебуваючи на службі здоров'я індивіда й охорони здоров'я, виконує свою місію з повагою до людського життя, особистості та її гідності». Ця стаття є зразком компромісу. Акцент вочевидь робиться на особистості та її гідності; але людське життя можна також розуміти й у найширшому значенні як життя людей, та й усього роду людського; і, в кожному разі, наближення «служіння індивіду» й служіння «охороні здоров'я» («*sante publique*») маскує лінію поділу між двома завданнями, щоб їх поєднати в однорідній смисловій єдності. Доктор Рене коментує це таким чином: «Легальні відступи від правила лікарської таємниці дають інший приклад розходження, цього разу на рівні їх застосування. Ці легальні відступи не є однаковими в різних країнах спільноти. Повага до особистості передбачає складну рівновагу між правами індивіда й правами спільноти. Чи надихалася французька традиція шестистороннім Кодексом деонтології? Це необгрунтований закид. Від середини 1970-х років міжнародна конференція Асоціацій — неофіційна організація — прийшла до визнання принципів європейської лікарської етики. Ці принципи мали сприяти прищеплюванню професійності в діях лікарям, без огляду на форму їхньої медичної практики, належних стосунків із хворими і колегами. Європейські медичні Асоціації, виступаючи в цій якості, грали роль попередника».

Тут нема виверту: бо ж роль Кодексу в тому й полягає, щоб визначити умови примирення, а значить, умови компромісу. Медицина

— не єдиний рід практики, де, ще відколи втрачено Едем, мистецтво компромісу (на ньому детально зупиняються Больтанський і Тевено у монографії «Про виправдання») залишається останнім притулком суспільної моралі. У цьому сенсі відверто визнаний компроміс позначено печаткою найвищої істинності. Спочатку перший парадокс: особистість — не товар, а медицина — не комерція; але медицина має ціну й суспільство за медицину платить. Парадокс другий: страждання — справа приватна, а здоров'я — суспільна (*la sante est publique*).

До сказаного доводиться додати визнання того, що конфлікт на «фронті» охорони здоров'я може тільки поглибитися через дедалі більшу вартість досліджень у галузі медичної біології, через вивчення людського тіла й щонайвитонченіші хірургічні операції, при загальному поглибленні конфлікту через дальше зростання тривалості людського життя, не кажучи вже про безглузді сподівання громадської думки, яка занадто багато вимагає від медичного персоналу, боячись при цьому зловживань владою. Коротше кажучи, рів між домаганнями безмежної індивідуальної свободи й збереженням рівності в суспільному розподілі послуг під знаком ідеалу солідарності може лише поглибшати.

Обидва описані фронти тяжіють до утворення одного спільного, оскільки вимоги дослідження та вимоги охорони здоров'я виступають у союзі як проти розсудливого припису конфіденційності, так і проти деонтологічного правила про поінформований консенсус, як це трапляється, зокрема, при передачі медичних даних, можливо іменних, коли медики беруть участь у педагогічних кампаніях (де публічність, у найкращому значенні цього слова, входить у зіткнення з конфіденційністю). Саме такого роду конфлікти Кодекс прагне приховати тією ж мірою, якою він рекомендує їх примирити. В одному суттєвому питанні доктор Рене є твердим: приховування не може ставати правилом.

А проте, сумнів закрадається у «Коментар» доктора Рене: «Час трагічних виборів» (якщо знову повернутися до заголовку Жана-Поля Моатті, спеціаліста з питань економіки здоров'я), чи настав він?»

Дозвольте мені завершити ці роздуми про місце деонтологічного кодексу у сфері широко зрозумілої медичної етики згадуванням, без натяку на заперечення, про те, чого тут неможна прочитати, — про неказане у Кодексі. На початку я охарактеризував обмінну роль Кодексу між розсудливими судженнями, які підтримуються практикою лікарської професії, й нормативними судженнями, котрі пов'язують

етику однієї з професій із загальною етикою, яка стосується турботи, пов'язаної з болем і бідною. Але одразу ж за тим за нормами, котрі узагальнюють розпорядження практики, я виділив норми, які рекомендують мирне розв'язання конфліктів, викликаних розвитком біомедичної науки й зростанням соціалізації проблем здоров'я. За цим показним миролюбством (*irenisme de facade*) я почав розрізняти гармонізуючу волю, котра прагне зменшити, усунути, а то й приховати вагомість підспудних напруг. Остання лінія потребує розгорненого аналізу. Не для того, повторимо це ще раз, щоб звинуватити роботу кодифікації, здійснену в останній редакції 1995 року, й зовсім не за тим, щоб піддати сумніву проникливість коментаря, який вибрав собі місце під подвійним, любим мені знаком критики й переконання, й спромігся бездоганно дотримати свого слова. Ні. Слід говорити про те, чого нам не слід чекати від Кодексу деонтології.

Етика деонтології, яка, в якомусь сенсі, перевищує Кодекс, містить у собі критичну функцію. Нагадаємо для початку про потенційний конфлікт, пов'язаний із двоїстістю інтересів, що їм призначене служити медичне мистецтво, — інтересові особи й інтересові суспільства. Конфлікт між їхніми філософіями є підспудним, він виводить на білий світ те, що можна було б назвати суцільною історією турботи (*la sollicitude*); розсудливе судження зберігає головне від грецького міркування про чесноти, пов'язані з певними практиками; сказати, хто такий лікар — означає визначити якості, «чесноти», які утворюють гарного лікаря. Клятва Гіппократа, яку доктор Рене вдало помістив на початку свого Коментаря, й сьогодні зобов'язує лікаря. Поняття здорового глузду (*phronesis*), що походить від грецьких трагіків, є присутнім у латинській та середньовічній концепції розсудливості (*prudence*). Далі ми зобов'язані християнству й Августину смислом незамінної особистості. І вже потім дух Просвітництва розвиває цю тему у роздумах про автономію. І як обминути увагою історію казуїстики, яка виникла в талмудичній традиції й згодом стимулювала витонченість єзуїтів? Подумати лише про наші витончені суперечки з приводу ембріона «потенційної особистості» — про граничні ситуації, в яких лікування хвороб на останній стадії коливається між прагненням будь-якими засобами продовжити життя хворого, між пасивною чи активною евтаназією, й самогубством, підтриманим ззовні.

Конденсація історії моральних ідей, уміщених у стислих й часом двоїстих формулах наших кодексів, на цьому не зупиняється. Тиск, який чинить біомедична наука й нейронауки, базується на

раціоналістичному, а чи й матеріалістичному підході, родовід якого позначено іменами Бекона, Гоббса, Дідро й Д'Аламбера. А як обминути вплив, особливо помітний в англосаксонському середовищі, різних форм утилітаризму, зразком для якого служать такі максими, як оптимізація QALYs (Quality Adjusted Life Years — Роки Адаптації до Повноцінного Життя)? Ми доходимо точки, де медична етика розчиняється в біоетиці з її правовим виміром. По суті, компроміси, спрямовані на пом'якшення згаданих вище конфліктів на двох кордонах біомедичних наук та соціалізації здоров'я, в ім'я солідарності самі виражають компроміси, досягнуті не лише між нормами, але й між «моральними джерелами», у значенні, розвинутому в книзі Чарльза Тейлора «Джерела Я» («Sources of the Self»). Але ж ми не будемо дорікати Кодексові деонтології за замовчування своїх моральних джерел. Зрозуміло, вони не німують. Але виражаються вони не в галузі деонтології. Несказане (le non-dit), що позначене тут, є певнішим.

Вирішальним, врешті-решт, є поняття здоров'я — як особистого, так і загального. А воно невіддільне від того, що ми думаємо — чи намагаємося не думати — про відношення між життям і смертю, народженням і стражданням, статтю й ідентичністю, самим собою й іншим. Тут перетнуто поріг, за яким деонтологію прищеплено до філософської антропології, котра не уникає множинності переконань у демократичних спільнотах. Якщо, однак, наші кодекси можуть, не заявляючи про свої джерела, довіряти духові компромісу, то лише тому, що самі демократичні спільноти можуть вижити лише на підставі того, що Джон Роулз називає «перехресним консенсусом», який він доповнює «розумними незгодами». Ось яким чином виправдано і підтверджено приховані компроміси, що їх доктор Рене зумів роздивитися за навмисним лаконізмом Кодексу медичної деонтології у версії 1995 року.

*З французької переклали Костянтин Сігов
і Ростислав Димерець*